



En livsviktig oppgave

Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord i møte med mennesker innlagt på psykiatrisk institusjon?

A vital task

How can nurses prevent suicide among people admitted to a psychiatric institution?

Kandidatnummer: 213

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Høst 2016

Antall ord: 10 944

28.03.19



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 213
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: BISB 3050
Innleveringsfrist: 28.03.19
Antall ord: 10 944

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 213

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐

Prosessene i og mellom oss mennesker er ikke milde og søte, men rystende barske.

Det kan hende jeg må la deg dø, jeg må i hvert fall la deg velge det selv,
etter at alt som kan gjøres er gjort.

Det kan ikke bety at mennesket har rett til selvmord. For mennesket er gitt livet for å leve det,
helt til døden kommer i sin egen time.

Det kan ikke tilkomme et menneske å bestemme tid og sted for denne «timen»
og til den selvmordstruende kan jeg, i mitt hjerte bare si:

Du har ingen rett til selvmord, men jeg kan ikke ta fra deg ditt livs-og dødsønske. (Sæther, sitert i Vråle, 2018, s.60)

Sammendrag

Nærmere en million mennesker dør som følge av selvmord årlig på verdensbasis. Psykiske lidelser er en av de største risikofaktorene for selvmord og mange av de som er selvmords-truet er innlagt på psykiatrisk institusjon. Oppgavens funn viser at til tross for innleggelse, skjer selvmordsforsøk tilnærmet daglig på psykiatriske institusjoner. Ved bruk av faglitteratur og egne erfaringer skal jeg i lys av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee svare på hvordan sykepleiere kan forebygge selvmord i møte med mennesker innlagt på psykiatrisk institusjon.

I oppgaven fremkommer det hvilke risikofaktorer man kan møte i mennesker som er selvmordstruet. Videre vil oppgaven gi innblikk i selvmordsprosessen samt de etiske forhold relatert til dette sårbare temaet. Resultatene er tydelige; relasjonsbygging, håpet, sykepleierens holdninger og kunnskap er fire elementer som er sentrale i det forebyggende arbeidet. Som sykepleiere må vi våge å gå i møte med det selvmordstruende mennesket.

Nøkkelord: selvmord, forebygging, psykiatrisk avdeling, håp, relasjon og holdninger

Abstract

Nearly one million people die as a result of suicide every year on a world basis. Mental disorders are one of the highest common risk factors for suicide, and a lot of those who are suicidal are in psychiatric wards. Research will show that despite hospitalization, suicide attempts happen almost daily at psychiatric wards. I will, by using literature on the subject, relevant research and Travelbee's nursing theory, find out how nurses can prevent suicide among people in psychiatric wards.

This thesis will explore the risk factors one can encounter in people who threaten with suicide. I will also look into the suicide process and ethical conditions in dealing with this vulnerable topic. The results are clear; relationship building, hope, nurse's attitudes and knowledge are four elements that are central to prevention. As nurses we must dare to face people who are suicidal.

Keywords: suicide, prevention, psychiatric wards, hope, relationship and attitudes

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling	8
1.3 Begrepsavklaring	9
2 Metode	10
2.1 Valg av metode	10
2.2 Fremgangsmåte og litteratursøk	10
2.3 Kilde - og metodekritikk	11
2.4 Litteratur	13
2.5 Etiske overveielser	13
3 Litteraturodel	14
3.1 Hva er risikofaktorene ved selvmord?	14
3.2 Psykiske lidelser som en risikofaktor	14
3.2.1 Tidligere selvmordsforsøk	15
3.3 Beskyttende faktorer	16
3.4 Selvmordsprosessen	16
3.5 Forebyggende tiltak	17
3.5.1 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko	17
3.5.2 «KO og IO 5»	19
3.5.3 Psykoterapi	19
3.5.4 Legemiddelbehandling	20
3.6 Etikk og bruk av tvang	20
3.7 Sykepleieteori: Joyce Travelbee	21
3.7.1 Menneske – til – menneske forhold	22
3.7.2 Håp og håpløshet	22
3.7.3 Lidelse	23
4 Vitenskapelig artikler og funn	24
4.1 Utvalget	24
4.2 Presentasjon av hovedfunn	24
4.2.1 Relasjonsdannelse og medmenneske	24

4.2.2 Sykepleierens holdninger i møte med det selvmordstruende menneske	24
4.2.3 Håpet i møte med håpløsheten	25
4.2.4 Sykepleierens kunnskap i møte med det selvmordstruende menneske	25
5 Drøfting.....	26
5.1 Relasjonsdannelse og medmenneske.....	26
5.2 Sykepleierens holdninger i møte med det selvmordstruende menneske.....	29
5.3 Håpet i møte med håpløsheten.....	31
5.4 Sykepleierens kunnskap i møte med det selvmordstruende menneske	33
6 Konklusjon.....	36
7 Perspektivering	37
Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	40
Vedlegg 2: Tabell	42

Case:

«Jeg står med en høy puls utenfor døren hvor ingen svarer, jeg venter spent på svar fra sambandet om vi får bryte oss inn i leiligheten. Jeg kjenner blodsmak i munnen etter å ha løpt opp trappene til syvende etasje. Vi får klarsignal og bryter oss inn. De eneste opplysningene vi har fått er at dette er en mann med bipolar lidelse, og tydelige depressive perioder. Han møtte ikke til avtalt tid sin venninne og hun meldte dermed bekymring til legevakten da hun har kjennskap til hans tidligere selvmordsforsøk. Vi kommer oss inn i leiligheten, ingen svarer når vi roper og det er helt mørkt. Det står skitten oppvask på kjøkkenbenken og det er lys på i et stort akvarium. Han ligger halvveis ut av sengen, det er oppkast på gulvet og vi kan allerede se at han har vært død såpas mange timer at å starte gjenoppliving hadde ingen hensikt»

Vi kom for sent.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert 40. sekund tar et menneske sitt eget liv. På verdensbasis dør nærmere 800 000 mennesker hvert år som følge av selvmord. I følge verdens helseorganisasjon er selvmord den nest hyppigste dødsårsaken for mennesker mellom 15 og 29 år globalt (FN-sambandet, u.å.).

Tall fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) viser at i 2016 hadde vi i Norge 614 selvmord, hvor 418 av disse var menn og 196 var kvinner. I Norge behandler helsevesenet rundt 4000-6000 selvmordsforsøk årlig (Helsedirektoratet, 2017). Den største risikofaktoren og risikograppa for å utføre et selvmord er personer med psykiske lidelser som depresjon, schizofreni, bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser (NSSF, 2016). Dette viser også faglitteraturen: «Innen fagfeltet suicidologi har det vært hevdet at så mange som 90% av dem som tar sitt eget liv, har hatt en psykisk lidelse» (Ekeberg & Hem, 2016, s. 29). Tall fra 2015 og 2016 viser til at det er registrert 58 selvmord mens de var under innleggelse på døgnopphold på psykiatriskavdeling. Videre er det også årlig registret hele 310 selvmordsforsøk på psykiatriskavdeling (Helsedirektoratet, 2017). Omfanget er stort, og mange av selvmordene skjer under tilsyn av psykisk helsevern, selv om dette på mange måter skal være den tryggeste arenaen for både pasienten og pårørende. Sykepleiefaglige retningslinjer bygger blant annet på sykepleierens ansvar om å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. I retningslinjene står det også presisert at sykepleieren ikke skal bidra til aktiv dødshjelp(eutanasi), og skal heller ikke hjelpe pasienten til selvmord (Norsk sykepleierforbund, [NSF] 2016).

For sykepleiere er møte med mennesker som har selvmordstanker og som viser et sterkt ønske om å ta sitt eget liv, en kompleks problemstilling som kan oppstå på ulike arbeidsarenaer. Det kan være prehospitalt, i spesialisthelsetjenesten, i kommunen og i møte med mennesker på hverdagslige arenaer.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

Caset jeg presenterer innledningsvis er fra min første vakt på hospitering i ambulansetjenesten. Episoden gjorde sterkt inntrykk på meg. De følelsene jeg satt igjen med og den bunnløse fortvilelsen jeg kjente i møte med dette, ble utgangspunktet for denne bacheloroppgaven.

Videre tenker jeg at sykepleiere kan ha innflytelse og en tydelig forebyggende rolle i møte med selvmord på psykiatrisk institusjon. Min problemstilling lyder derfor slik:

Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord i møte med mennesker innlagt på psykiatrisk institusjon?

Jeg skal ved hjelp av systematiske søk i databaser, litteratur og empiri se på hvordan man som sykepleier på psykiatrisk institusjon kan forebygge selvmord. Temaet selvmord er stort og komplekst og inneholder flere sammensatte faktorer. I oppgaven kommer jeg til å nevne, men ikke legge stor vekt på bruk av medikamenter og ulike behandlingsmetoder som forebyggende tiltak. Grunnen til dette er at dette ikke er eksplisitte oppgaver for sykepleiere. Jeg har også måtte avgrense meg til hvilke risikofaktorer jeg vektlegger da det her er mange spennende forhold jeg kunne tatt fatt på. På grunn av oppgavens omfang har jeg bevisst valgt å ikke legge fokus på pårørende. Pasientgruppen i oppgaven avgrenses til voksen alder, fra 18 år.

1.3 Begrepsavklaring

Jeg ønsker først å definere noen begreper som min problemstilling bygger på, i tillegg vil jeg i oppgaven bruke begrepene suicidal og selvmord om hverandre avhengig av litteraturgrunnlaget. Det finnes ulike definisjoner av begrepet selvmord. Felles for alle er at selvmordsatferden medfører selvskade som får en dødelig eller ikke dødelig utgang. Selvmord defineres som *«En bevisst og villet handling en person har gjort for å skade seg selv og der skaden har ført til døden»* (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 355). Når en person er selvmordstruet er han i en posisjon hvor risikofaktorer er fremtredende og selvmord oppleves som et alternativ (Skårderud mfl., 2010, s. 355). Forebygging handler om å forhindre sykdom eller forhindre forverring av sykdom eller skade. Forebygging er målrettet og planlagte aktiviteter som kan observeres, beskrives og evalueres i forhold til hvor virksomme de er (Snoek & Engedal, 2017, s. 43). Problemstillingen tar for seg det forebyggende arbeidet på psykiatrisk institusjon hvor man kan bli innlagt frivillig eller under tvang.

2 Metode

I denne delen vil jeg presentere og begrunne valg av metode. Videre skal jeg beskrive fremgangsmåte for valgt litteratur, forskning og empiri. Til slutt tar jeg for meg forskningsetiske overveielser og belyser kilde- og metodekritikk.

2.1 Valg av metode

Dalland beskriver metode som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap og løse problemer. Dette ved å etterprøve påstanders sannhet, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2017, s. 51). Kvantitativ metode benyttes når man ønsker data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode benyttes for å fange opp meninger og opplevelser som verken lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitative studier er aktuelt å bruke i min oppgave da problemstillingen tar for seg både opplevelser, meninger og handlinger. Jeg skal ved bruk av et humanvitenskapelig grunnlag, nærmere bestemt hermeneutisk metode, tolke og analysere valgt litteratur (Dalland, 2017 s. 56). Ved humanvitenskapelig grunnlag er målet å forstå at den hjelpesøkende er grunnleggende i en hver hjelpesituasjon (Dalland, 2017, s. 56). Metoden i denne oppgaven er systematisk litteraturstudium. En litteraturstudie bygger på tidligere forskning og litteratur på et tema og fagfelt. Litteraturen og forskningen systematiseres ved å kritisk gjennomgå litteraturen som er funnet og sammenfatte denne (Dalland, 2017). Dette har vært en interessant prosess da det finnes mye omfattende litteratur om selvmord. Læringsprosessen har omhandlet å få en oversikt over litteratur, og en systematisk gjennomgåelse av dette. Videre også hvordan finne litteratur som best besvarer og kildrer min problemstilling.

2.2 Fremgangsmåte og litteratursøk

Ved litteratursøk gjorde jeg først brede søk for å få en oversikt over litteraturen. Jeg foretok søk i databasene CHINAL, Pubmed, PsycINFO og Swemed+. Dette er kjente databaser vi har benyttet i undervisning og er bakgrunnen for valget. Søkehistorikk vedlagt som vedlegg nummer 1. Etter å ha gjort brede søk fikk jeg inntrykk av at det var mye litteratur på området om selvmord. Det var utfordrende å finne artikler som beskriver sykepleierens rolle innen forebyggende tiltak. Jeg endte til slutt opp med sentrale søkeord som gav meg et godt utvalgt av artikler, samtidig som det selekterte enkelte artikler som falt utenfor min problemstilling. Søkeordene jeg benyttet var: Suicide, Suicide attempt, Suicide ideation, Prevention, Psychiatric Nursing og Inpatient.

Jeg så hovedsakelig på kvalitative studier som var fagfellevurdert. I enkelte databaser har jeg valgt å ikke ha kriteriet om fagfellevurdert, for å unngå å miste aktuelle artikler. Jeg ønsket kun litteratur på voksne og unngikk derfor artikler som omhandlet barn, ungdom og eldre. Etter utvalgte fire artikler satt jeg disse inn i en tabell som gav meg en oversikt over studiets hensikt, metode, omfang og resultater. Dette ble utgangspunkt for videre bruk av artiklene. Tabell er vedlagt som vedlegg 2. Jeg har valgt to artikler som er i overkant av 10 år gamle. Begrunnelsen for bruk av eldre forskning enn 10 år, er at de fortsatt representerer nyttig og aktuell kunnskap. Det gjelder for eksempel den terapeutiske relasjonen og hvordan fremme håp, noe jeg anser som fenomener som ikke går ut på dato.

2.3 Kilde - og metodekritikk

Kilde og metodekritikk er viktig for kvalitetsvurdering og begrunnelse for valgt litteratur til oppgaven. Etter å ha brukt sjekklistene i vurdering av artiklene fra folkehelseinstituttet (2019) har dette bevisstgjort meg på om artiklene svarer på kriteriene og er velbegrunnet (Folkehelseinstituttet, 2019). Jeg vil videre presentere valgte artikler med hensikt, metode, utvalg og kritisk vurdering.

Artikkelen «Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review» (Cutcliffe & Stevenson, 2008) er en oversiktsartikkel bestående av 19 innlagte pasienters erfaringer og erfaringer fra 6 erfarne psykiatriske sykepleiere. Studien retter seg både mot sykepleierens erfaringer rundt tiltak for å forebygge selvmord på avdelingen, samt pasientens opplevelse av ulike tiltak. Hensikten med studiet var å oppsummere erfaringer både fra sykepleierne og pasientens ståsted ved bruk av forebyggende tiltak og se på hva som fremmer sykepleierens terapeutiske relasjon med pasienten.

Artikkelen «A theory for the nursing care of patients at risk of suicide» (Sun, Long, Boore & Tsao, 2006) har ved bruk av kvalitativ semistrukturert intervju og deltakende observasjon utarbeidet en sykepleieteori om hvordan sykepleiere kan møte selvmordstruende mennesker. Dette er en artikkel som belyser min problemstilling godt ved konkret å ta for seg sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet av selvmord. Studiet består av 15 pasienter med selvmordstanker eller tidligere selvmordsforsøk og 15 psykiatriske sykepleiere fra psykiatrisk akuttpost.

Artikkelen «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever» (Vatne & Nåden, 2018) har brukt kvalitativ forskningsintervju hvor de har intervjuet 10 pasienters opplevelse av sitt eget selvmordsforsøk. Alle pasientene var da i kontakt med psykisk helsevern etter hendelsen. Hensikten med studiet var å danne en dypere forståelse av pasienters opplevelse rundt sitt eget selvmordsforsøk og deres erfaringer rundt kontakten med helsevesenet i etterkant. Artikkelen inneholder ikke sykepleierens rolle i det forebyggende arbeidet. Jeg mener likevel at det å høre pasienters erfaringer rundt sitt eget selvmordsforsøk og tanker rundt opplevelsen, belyser problemstillingen fra flere vinkler da det øker forståelse for hvilke områder en sykepleier kan bidra på.

Artikkelen «Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway» (Hagen, Julia, Knizek, Birthe & Hjelmeland, Heidi, 2018) er det minste studiet jeg har tatt med som baserer seg kun på fem tidligere innlagte pasienter. Jeg stiller derfor spørsmål til overføringsgraden av denne. Likevel anser jeg denne artikkelen som relevant for å svare på min problemstilling. Den baserer seg på forebyggende tiltak fra den nasjonale handlingsplanen i psykisk helsevern, som også er en sentral kilde i denne oppgaven. Pasienters opplevelser av tiltakene som er utført på en psykiatrisk institusjon er en viktig evaluering for videre arbeid. De har brukt kvalitativt studie og semistrukturert intervju.

Flere av artiklene jeg har tatt for meg er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Tidsskriftene er uavhengig vurdert av fagpersoner og skal holde vitenskapelig standard (Dalland, 2017, s. 154). Både artikkelen fra Cutcliffe & Stevenson (2008) og Sun mfl., (2006) er publisert i tidsskriftet *International Journal of Nursing Studies*. Jeg har søkt opp tidsskriftet på Registrering over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.) hvor de begge ble rangert på nivå 2 som innebærer at de er av høy kvalitet og er fagfellevurdert. Det at tidsskriftene de er publisert i er anerkjente og kritisk gjennomgått styrker forskningens evidens.

Tre av fire artikler er lest og publisert på engelsk, noe som innebærer at jeg selv har oversatt disse og brukt ordbok på enkelte medisinske termer når det har vært nødvendig. Jeg er derfor kritisk til min egen oversettelse og setningsoppbygging på norsk, men har ved å presentere enkelte sitater fra artiklene på engelsk prøvd å understreke poenget og hva jeg bygger min tolkning på. Kritikken til valgt metode er at jeg kan begrense kunnskapen og funnene ved de søkene jeg foretar og bruk av søkeord som vil utelukke enkelte artikler.

Erfaringene jeg tar med meg fra både hospitering i ambulansen og praksis på psykiatrisk institusjon vil også påvirke oppgaven i den grad mine egne opplevelser, følelser og holdninger påvirker min tolkning av litteraturen. Min opplevelse i møte med personer som har prøvd å ta eller har tatt selvmord har skapt interesse for denne oppgaven, noe jeg anser som en styrke mer enn en hemning.

2.4 Litteratur

Litteraturen til oppgaven bygger i stor grad på bøkene «*Praktisk selvmordsforebygging*» (Ekeberg & Hem, 2016), «*I møte med livstruende menneske*» (Vråle, 2018) og Nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord innenfor psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008). Jeg har videre hentet tall og statistikk fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og NSSF (2016).

2.5 Ethiske overveielser

Oppgaven er en litteraturstudie og de etiske overveielsene av studiene jeg har brukt er allerede utført og godkjent. Jeg har lest over de etiske vurderingene av artiklene og kan ikke finne noe uetisk ved disse. Ved bruk av caset har jeg anonymisert personen ved å ikke navngitt sted, tidspunkt eller vedkommende.

3 Litteraturred

3.1 Hva er risikofaktorene ved selvmord?

Årsaker og risikofaktorer til selvmord er sammensatte og komplekse. Det er flere tilfeller der en person kan ha risikofaktorer, men ikke er suicidal. Det hender også at man opplever andre personer som tilsynelatende ikke har noen av risikofaktorene, men som likevel utfører selvmord. Man kan dele risikofaktorene inn i tre hovedgrupper: biologiske, psykiske og sosiale. Hvor man derfor snakker om en biopsykososial forståelse som utgjør flere aspekter og forhold i et menneskets liv som påvirker valget om selvmord (Ekeberg & Hem, 2016).

Jeg velger å gå nærmere inn i de psykiske risikofaktorene. For min problemstilling er det aktuelt å se på innleggelse på psykiatrisk avdeling og tidligere selvmordsforsøk som risikofaktorer. Andre risikofaktorer som er fremtredende og aktuelle ved selvmord er: alder og kjønn, rus og rusmisbruk, enkelt hendelser som sterke påkjenninger, ensomhet og isolasjon, somatisk sykdom og tidligere selvmord i familien (Vråle, 2018).

3.2 Psykiske lidelser som en risikofaktor

I problemstillingen tar jeg for meg pasienter innlagt på psykiatrisk institusjon og ønsker derfor å gå inn på hvilke diagnoser man møter på institusjon, samt hvordan disse pasientene kan ha en økt selvmordsrisiko. Dette blir kortfattet da jeg ikke primært tar for meg enkelt diagnoser i drøftingen.

Innenfor den høye prosentandelen av mennesker med psykisk lidelse ser man at affektive lidelser har høyest selvmordsatferd ved 50-70% av tilfellene. Dette kan komme av at depressive lidelser ligger under denne diagnosen og man ser en klar sammenheng mellom depresjonsdybde og økt selvmordsfare (Ekeberg & Hem, 2016). Kjentegn ved alvorlig depresjon er en sterk psykisk smerter som kan medføre tap av tiltakslust, skyldfølelse, angst, håpløshet, tomhetsfølelsen og somatiske plager som smerter, endret matlyst og søvnforstyrrelser (Ekeberg & Hem, 2016). Hos mennesker som har en bipolarlidelse ser man at både i den maniske og den depressive fasen er selvmordsrisikoen forhøyet (Hummelvoll, 2012). Spesielt når personen er ute av den maniske fasen og ofte er i en overgang til en depressiv fase, da kan personen finne seg fremmed for seg selv og handlinger man utførte i den maniske fasen for høyer dermed selvmordsrisikoen (Hummelvoll, 2012, s. 229).

Ved depresjon ser man at selvmordsfaren er høyest når man er på vei ut av depresjonen da den psykiske tilstanden ikke er i bedring men man har mer energi og kraft til å gjennomføre et selvmord (Snoek & Engedal, 2017). Faktorer som henger sammen med selvmord ved depressiv lidelse: depresjonsgrad, sterk håpløshetsfølelse, komorbiditet, kronisk eller smertefull somatisk sykdom, tidligere selvmordsforsøk, selvmord i familien, og den første fasen etter utskrivelse (Ekeberg & Hem, 2016, s. 31).

Psykotiske lidelser er også forbundet med økt selvmordsrisiko. Spesielt i prodromalfasen som kjennetegnes som innledningsfasen i lidelsen hvor truende krefter som ødelegger identitetsfølelsen og skaper katastrofefølelser kan inntreffe (Vråle, 2018, s. 40). Det er viktig å utforske om pasienten har hørselshallusinasjoner da disse kan ha kommanderende stemmer som både kan si at personen burde ta livet sitt eller stemmer som medfører lav selvtilit og opplevelse av mindre verd. Forskning viser i dag at hele 6% av mennesker som har en schizofrenidiagnose tar sitt eget liv (Ekeberg & Hem, 2016, s. 32). På grunn av symptomer som paranoide tanker og generell mistillit til andre, kan det være utfordrende å danne tillit med behandler og kontaktpersoner, samt at de er svært sårbare for avvisning (Ekeberg & Hem, 2016, s. 32).

Personlighetsforstyrrelser er ofte noe som utvikler seg fra barndommen av og kommer til uttrykk som avvikende atferd og affekt i møte med relasjoner (Snoek & Engedal, 2017). Personlighetsforstyrrelser innebærer flere grupper, men man ser at særlig personer med ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse har en forhøyet selvmordsrisiko. Rundt 10% av alle som har ustabil personlighetsforstyrrelse utfører selvmord (Ekeberg & Hem, 2016, s. 34). Andre psykiske lidelser med høy risikofaktor for selvmord er spiseforstyrrelser, angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse. Disse går jeg ikke nærmere inn på.

3.2.1 Tidligere selvmordsforsøk

Tidligere selvmordsforsøk er en av de største risikofaktorene for selvmord. Empiri viser at rundt én av fire som tar sitt eget liv har gjort et selvmordsforsøk tidligere. Videre er risikoen for selvmord størst tiden *etter* innleggelse for selvmordsforsøk (Ekeberg & Hem, 2016, s. 64). Risikoen er særlig forhøyet fra første måneden etter innleggelse frem til et par år. Dette vil si at mye av det forebyggende arbeidet må skje i like stor grad etter innleggelse som under innleggelse på sykehus. Desto mer alvorlig metode som er brukt ved tidligere selvmordsforsøk, som for eksempel henging, skyting, hopp fra store høyder og kutting gir økt fare for fatale

selvmordsforsøk senere. Likevel ser man at det mest brukte selvmords metoden er overdose (Ekeberg & Hem, 2016).

3.3 Beskyttende faktorer

Beskyttende faktorer er viktige ressurser som kan bidra til å mestre vanskelige situasjoner. Det å kartlegge risikofaktorer innebærer derfor også å kartlegge de beskyttende faktorene og hvor vidt disse er tilstede eller ikke. Videre forebyggende tiltak kan være og mobiliserer de ressursene som ligger i de beskyttende faktorene. Vråle beskriver beskyttende faktorer både på samfunnsnivå, gruppenivå og individnivå (Vråle, 2018). Jeg velger å sammenfatte disse ved bruk av beskyttende faktorer som Ekeberg og Hem presenterer (Ekeberg & Hem, 2016). Viktige beskyttende faktorer er sterk tilhørighet til familie, og støtte fra lokalsamfunnet som barnehage, skole, arbeidsplass og tros – og livssynssamfunn. Gode problemløsende ferdigheter, konfliktløsningsevne og ikkevoldelige håndtering av konflikter som mestringsstrategier. Dette kan være årsaken til at tidligere selvmord i familien kan bli en risikofaktor da dette kan bli sett på som en mestringsmåte, der konflikt og vanskelige situasjoner håndteres med selvmord som mulig utvei (Ekeberg & Hem, 2016, s. 42). Personlig, kulturell, sosial eller religiøs overbevisning kan motvirke selvmord da dette styrker personens ønske om å leve for noe. Det å ha begrenset tilgang på selvmordsmidler i form av skytevåpen, toksiske medikamenter og tilgang på høyder og bruer er også en viktig faktor. Det å ha evne til å søke hjelp ved problemer og enkel tilgang til tjenester for psykisk og fysisk sykdom ser man også kan virke beskyttende (Ekeberg & Hem, 2016, s. 42–43).

3.4 Selvmordsprosessen

Selv mord har lenge blitt sett på mer som en prosess, enn en spontan handling. I utviklingen mot et selvmord og et selvmordsforsøk er tre faser beskrevet (Vråle, 2018, s. 31) : Innsnevring og isolasjon, aggresjon og flukt fra virkeligheten. Disse tre fasene omtales som det pre-suicidale syndrom. Jeg skal nå kort utdype disse.

Innsnevring og isolasjon kommer av at personen på mange måter er på vei ut av livet ved å forsvinne inn i seg selv og inn i en dødsprosess. Dette ved at man danner seg et tunnelsyn hvor valgalternativene snevres inn og alt rundt kan oppleves håpløst og smertefullt. Den psykiske utviklingen stanser opp og personen kan ha problemer med å se muligheter og

løsninger. Det at livsutfoldelsen avtar kan gjøre at personen stopper opp i sitt eget liv. Tanker og følelser rundt det å ta sitt eget liv blir her en stor del av personen hverdag (Vråle, 2018, s. 32).

Aggresjon fremkommer i hovedsak mot seg selv og andre sentrale personer i livet. Dette ved at man blir både anklagende og kraftfulle følelsesmessige reaksjoner kan oppstå. Eksempel på dette kan være selvmord på grunn av en kjærlighetssorg hvor vedkommende både kan kjenne på aggresjon mot seg selv og anklagende mot sin kjære som slo opp. Noen kan oppleve en forsoning i denne fasen hvor valget om selvmordet er tatt. Her kan all energi gå til å planlegge selvmordet og noen kan oppleve en følelse av kontroll over å endelig ha tatt valget (Vråle, 2018, s. 32).

Flukt fra virkeligheten skjer ved at personen kan begynne å dagdrømme og på mange måter forsvinner inn i seg selv. Noen kan oppleve å glemme sentrale personer rundt seg og deres behov for omsorg. Man kan ha fantasier og forestillinger om å bli sørget over etter sin død og dermed få en følelse av betydningsfullhet. Dette kan gi livet mening samtidig som hverdagen mister sin betydning. Vråle understreker at selv om personen er inne i en selvmordsprosess kan denne snus ved at omgivelser og hjelpere identifiserer tegnene og kan gi en mulighet til å vende oppmerksomheten mot livet igjen (Vråle, 2018, s. 32) .

3.5 Forebyggende tiltak

3.5.1 Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

På psykiatrisk institusjon handler mye av forebygging om å hindre forverring av sykdom, i dette tilfelle å forebygge selvmord på tross av selvmordstanker og et ønske om å dø. Selvmordsrisiko defineres som «En risiko for at et menneske vil ta sitt eget liv i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon» (Helsedirektoratet, 2008, s. 14). Helsedirektoratet understreker skille mellom *kartlegging* og *vurdering* av selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2008). Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer at alle pasienter innenfor psykisk helsevern skal bli spurt om de har hatt eller har selvmordsplaner, selvmordstanker eller om de noen gang har gjort et selvmordsforsøk. Videre er det krav om at helsepersonell som utfører kartleggingen vurderes som kvalifiserte i henhold til forsvarlighetskravet j.f. Hvis man ut fra denne kartleggingen gir grunn til mistanke om eller økt fare for selvmordsrisiko skal dette følges opp ved å ta en vurdering av selvmordsrisikoen og iverksette behandling og forebyggende tiltak

(Helsedirektoratet, 2008). Selvmordshandlinger er ofte knyttet til summen av belastninger, derfor er det viktig å både se på risikofaktorene samt de beskyttende faktorene. Kartleggings-skjema som kan bli tatt i bruk: MADRS (Montgomery – Åsberg Depression Rating Scale), Beck Hopelessness Scale, Beck Suicide Intent Scale og Beck Scale for Suicide Ideation (Ekeberg & Hem, 2016, s. 124).

Vurdering av selvmordsrisiko innebærer både en vurdering av en person, en situasjon og tidsperiode. Man tar da en vurdering av den nåværende psykiske tilstanden, risikofaktorer, selvmordstanker og eventuelt selvmordsplaner. Helsedirektoratet anbefaler at selvmordsrisiko foretas av lege eller psykolog (Helsedirektoratet, 2008, s. 16). Videre er det viktig å iverksette behandlende tiltak.

Spesifikke spørsmål som bør stilles ved vurdering av selvmordsrisiko:
Har pasienten selvmordstanker?
Er tankene til stede hele tiden/av og til?
Har pasienten selvmordsplaner og hvor konkrete er disse?
Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
Har pasienten tilgang på middel som våpen, farlige medisiner med mer?

Spørsmålene er hentet fra (Birkeland, Dynna, Wilhelmsen, Brayar & Øistensen, 2013). Dette er også spørsmål som Helsedirektoratet anbefaler å bruke (Helsedirektoratet, 2008, s. 37).

Man kan si at personen ofte varsler enten direkte eller indirekte forut et selvmord, selv om mange kan oppleve at dette kommer som lyn fra klar himmel (Vråle, 2018, s. 49). Av de indirekte varslene til en person som er selvmordstruet kan eksempelvis være at de rydder opp i økonomien sin, skriver et testament, samler på tabletter, tau eller et våpen som kan være mulige selvmordsmetoder. Noen kan også oppleve en indre ro, som kan være et indirekte tegn på at valget er tatt. Det er viktig å starte med de mer direkte spørsmålene til personen for å prøve å «avsløre» selvmordstanker, noen kan oppleve dette som å bli sett og forstått ved at noen tar de på alvor. De mer direkte tegnene kan være kommentarer fra personen som «Alt hadde vært bedre uten meg», «Om jeg bare kunne bli borte», dette kan være kommentarer man skal ta på alvor. Vråle understreker at helsepersonell sammen med pasienten må vurdere hva man kan gjøre for å redusere selvmordsfaren og forklare pasienten hvorfor man frykter at pasienten

skal ta sitt eget liv. Dette kan gjøres ved å beskrive for personen hva man hører, observerer og opplever i møte med personen (Vråle, 2018).

3.5.2 «KO og IO 5»

Kontinuerlig observasjon er et forebyggende tiltak i daglig bruk på psykiatrisk institusjon. Dette er en oppgave som utføres i all hovedsak av all pleiepersonalet på post, her har sykepleiere en sentral rolle. Kontinuerlig observasjon forkortes som KO på avdelingen og benyttes i situasjoner hvor selvmordsrisikoen er overhengende. Dette innebærer at pasienten kontinuerlig observeres av personalet innenfor hele døgnet, også når pasienten er på badet i forbindelse med wc-besøk, dusj og under søvn. Det er helt avgjørende at rettslig grunnlag foreligger. Klinisk psykolog og psykiater tar hovedsakelig beslutning om KO skal iverksettes og når dette skal avsluttes, men sykepleieren er ofte utfører av observasjonen. Beslutningen om kontinuerlig observasjon avgjøres av en kontinuerlig vurdering av pasientens selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2008).

Intervall observasjon forkortes som IO, og på institusjon kan må ofte referer til for eksempel IO 5 som vil si intervallobservasjon hvert 5 minutt. Intervallobservasjon brukes når KO ikke er nødvendig, og brukes ofte i overgang til mindre tilsyn. I retningslinjene er det anbefalt at personalet har tilsyn hyppigere slik at ikke pasienten finner rom for å skade seg. I drøftingsdelen vil jeg ta for meg hvordan sykepleier kan bruke denne observasjonen på en terapeutisk måte enn kun som et formelt tilsyn (Helsedirektoratet, 2008).

Et annet viktig tiltak er bygningsmessige og andre fysisk sikringstiltak som gjøres på avdelingen. Dette innebærer å fjerne gjenstander og mulige vedheng hvor for eksempel pasienten kan henge seg eller midler pasient kan strangulere seg med. Dette kan være laken, skolisse, mobillader og belter. Bygningsmessig er det viktig å ha begrensninger på åpning av vinduer og eventuelt høyder pasienten kan ta utspring fra (Helsedirektoratet, 2008).

3.5.3 Psykoterapi

Behandling av selvmordstanker og selvmordsatferd utføres hovedsakelig av psykolog og lege/psykiater som behandler (Ekeberg & Hem, 2016). Sykepleierne blir likevel en viktig støttespiller og har ofte praktisk oppfølging av pasienten (Ekeberg & Hem, 2016, s. 149).

Psykoterapi omfavner flere intervensjoner som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, veilede, redusere uhensiktsmessig atferd og skape en strukturert interaksjon mot dette i form av en behandlingsplan (Snoek & Engedal, 2017, s. 50). Ulike terapiformer kan være: elektrokonvulsiv terapi (ECT) hvor en ved hjelp av elektrostimulering av hjernen, kan behandle alvorlig depresjon, spesielt der hvor det foreligger selvmordsfare. Dialektisk atferdsterapi (DBT), psykoterapi og kognitiv terapi omhandler i stor grad individuelle samtaler, gruppesamtaler og tiltak hvor man ønsker å endre en atferd eller tankegang for å fremme en mer hensiktsmessig atferd og dermed redusere det psykologiske ubehaget (Snoek & Engedal, 2017, s. 52).

3.5.4 Legemiddelbehandling

Legemiddelbehandling er en stor del av behandlingen på psykiatrisk institusjon. Legemiddelbehandling i psykiatrien er rettet mot symptomer og ikke årsaker. Målet med legemiddelbehandling er at legemiddelet skal gjøre det lettere for pasienten å nytte seg av de andre ikke-medikamentelle tilbudene som psykoterapi, samtaler, aktiviteter og andre psykososiale tiltak. Psykofarmaka er samlebetegnelse for legemidler som regulerer psykiske funksjoner og atferd og er en stor del av den symptomatiske behandlingen ved psykiske lidelser. Nevroleptika, antidepressiver, stemningsregulerende midler og angstdempendemidler er legemidler som er mye tatt i bruk blant disse lidelsen og er ofte en del av behandlingen på psykiatrisk avdeling, både ved tvungen og frivillig behandling (Snoek & Engedal, 2017, s. 63).

3.6 Etikk og bruk av tvang.

«Pasienter har på den ene siden behov for, og rett til, å bestemme selv samt ta ansvar for sitt eget liv. På den andre siden kan det være viktig og nødvendig at helsepersonell griper inn og tar over ansvaret» (Vråle, 2018, s. 53).

Lovverket er utfordret i møte med suicidale pasienter som klart uttaler at de ikke ønsker å motta hjelp. Skal da hjelpen gis under tvang, så må dette hjemles inn under tvungent psykisk helsevern eller innenfor nødrett. Dette blir utfordrende da en liten andel av suicidale pasienter ikke kan sies å ha en psykisk lidelse, og paternalisme og usikkerhet på tolkning av lovverket gjør at man handler ulikt (Larsen & Pedersen, 2017). «... Konklusjonen er likevel at de fleste som tar livet av seg, hadde en psykisk lidelse på dødstidspunktet, men ikke alle. Dette er en

viktig grunn til at den psykiske helsetjenesten har fått en sentralt rolle i forebygging av selvmord» (Larsen & Pedersen, 2017, s. 238).

Retten til å bestemme over eget liv og det å motsette seg behandling er en rettighet alle har i Norge. Her ligger også respekt for pasientens autonomi til grunn. Rettighetene har både unntak og er ikke ubetinget. Ved suicidale pasienter kan både psykisk helsevernlov som omhandler alvorlig psykisk lidelse og nødrett være bakgrunnen for bruk av tvang. Dette gjør at lovverket både kan bli brukt slik at en som ikke har en psykisk lidelse, kan bli vurdert og trolig ha dette og dermed bli innlagt på tvang, selv ved samtykkekompetanse. Samtidig som at de med suicidal fare ikke blir innlagt på bakgrunn at man ikke ser medhold i dette med alvorlig psykisk lidelse, og at de har samtykkekompetanse (Larsen & Pedersen, 2017).

Velgjørhetsprinsippet omhandler et ønske om å gjøre andre godt, i dette tilfellet å gjøre det som er til pasientens beste. Dette er ofte grunnen til at tvang benyttes i psykiatrien, spesielt i forbindelse med selvmord. Det er en form for paternalisme hvor man mener at man vet hva som er best for pasienten i en situasjon og periode (Larsen & Pedersen, 2017). Larsen og Pedersen sier at risikofaktorene for selvmord på et individnivå både har lav *spesifisitet* og *sensitivitet* (Larsen & Pedersen, 2017, s. 246). Ved lav spesifisitet innebærer dette at man vurderer flere som suicidale, enn det i virkeligheten er. Det vil si at man får et utfall av flere «falske positive». Ved lav sensitivitet innebærer dette at man her får «falske negative», dette vil si at pasienten man ikke vurderes som suicidale som likevel tar livet sitt. Dette viser hvor omfattende og vanskelig det er å indentifisere selvmordsrisiko. Pedersen utfordrer grunnlaget kartleggingen av helsepersonell gjør av selvmordsrisiko ved å spørre om denne kartleggingen er for å trygge helsepersonellet mer enn det er for å indentifisere risikoen hos pasienten (Larsen & Pedersen, 2017).

3.7 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

Jeg ønsker først å ta for meg hva Joyce Travelbee definerer som sykepleie samt sentrale begreper jeg videre skal bruke gjennom oppgaven. Travelbee var en psykiatrisk sykepleier og hadde fokus på det mellommenneskelige i sykepleien noe som er sentralt for min oppgave (Travelbee, 2001). Travelbee fremmer allerede i sin definisjon av sykepleie at en sykepleier skal ha en forebyggende rolle.

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikanten hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29) .

3.7.1 Menneske – til – menneske forhold

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hoved kjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2001, s. 177).

Travelbee utfordrer sykepleier-pasient begrepet og relasjonen. Hun ser på relasjonen mellom sykepleier og pasient som et menneske til menneskeforhold, hvor dette grunnlaget kan bidra til god sykepleie, tillit og en erfaringsfull betydning for begge parter. Dette reduserer også maktforholdet som ofte ligger i begrepet. Ved å ikke bruke pasient begrepet, men heller menneske, danner man en mer likeverdig relasjon, noe som kan bedre forventningene rundt rollene. Hun forklarer menneske-til-menneske forholdet som en gjensidig prosess (Travelbee, 2001, s. 179). Travelbee beskriver relasjonen som noe fundamentalt for sykepleien til pasienten. Relasjonen skal bære preg av omsorg, respekt, et ønske om å gjøre godt og kunnskap som skal være til nytte det menneske man møter (Travelbee, 2001). Relasjonens betydning vil videre bli sentralt gjennom drøftingen.

3.7.2 Håp og håpløshet

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s. 117).

Håpløshet kan sees hos mennesker med selvmordstanker og ved depresjon som psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2015). Håpet er nært knyttet med en forventning om fremtid og Travelbee understreker at den som opplever håpløshet ofte ikke klarer å se tilgjengelige

valgmuligheter eller akseptere andres håp. De er ofte overveldet av en overbevisning om at ingenting nytter og kan oppleve seg fanget i en situasjon (Travelbee, 2001).

Travelbee fremmer håp som et valg og et håp om endring. Hun mener at håpet forankres i at man her og nå kan endre fremtiden til det man håper på. Dette fordrer å ha relasjoner rundt som kan bære håpet eller bringe dette frem, og her kan sykepleieren ha en sentral rolle i å fremme håpet ved å lytte til pasientens ønsker og tanker. Hun sier at håpet er relatert til mot, det krever mot å håpe på noe bedre. Håpet knyttes mot en sammenheng med tillit og utholdenhet. Dette innebærer tillit til å ha noen rundt seg i stunder man trenger det og dette krever tillit til relasjoner og omgivelsene (Travelbee, 2001, s. 120). Travelbee anser sykepleieren som en sentral rolle i å fremme håpet hos den håpløse (Travelbee, 2001).

3.7.3 Lidelse

Travelbee vektlegger lidelse som en naturlig del av livet og også som en konsekvens i kraft av det å være menneske (Travelbee, 2001, s. 98). Hun deler lidelsesuttrykket inn i to stadier. Den fortvilte «ikke bry seg» holdningen og det ytterste stadiet hvor apatisk likegyldighet oppstår. Travelbee beskriver det første stadiet som når et menneske har lidd over lengre tid enten fysisk, psykisk eller åndelig uten å oppleve noe hjelp eller opphør av smerte (Travelbee, 2001, s. 99). Hun sier at personer i dette stadiet kan oppleve sinne og hjelpeløshet som kommer bitert til uttrykk. Sinne og hjelpeløshet som begreper kan gjenkjennes i selvmordprosessen. Aggresjon er da rettet inn mot seg selv og sentrale personer rundt en, noe som kan gjenkjennes i selvmordsprosessen (Ekeberg & Hem, 2016). Apatisk likegyldighet innebærer ofte skuffelser og smerte over lang tid med mangel på opphør av lidelse. Her kan menneske virke utilgjengelig og upåvirket og det kan oppleves som at personen har mistet viljen til å leve. Det blir derfor vanskelig å berøre de eller påvirke de i denne tilstanden (Travelbee, 2001, s. 100). Travelbee sier noe interessant her «På samme måte som det fins medisinske og kirurgiske akutsituasjoner som krever umiddelbar handling, finnes det også mellommenneskelige akutsituasjoner. Fortvilt «ikke bry seg holdning» er en mellommenneskelig nødsituasjon og krever umiddelbar handling!» (Travelbee, 2001, s. 101).

4 Vitenskapelig artikler og funn

4.1 Utvalget

Jeg har valgt ut 4 artikler som har ulike tilnærminger til problemstillingen og tilfører dermed oppgaven flere nyanser, perspektiver og bredde i både drøftingen og funnene. De belyser både sykepleierens opplevelse av hva som er viktig av det forebyggende arbeidet, pasientens opplevelse av det å være suicidal samtidig relasjonens og håpets betydning som sentralt. Sykepleierens holdninger og kunnskap i møte med selvmordstruende er også av interessante funn. Alle artiklene tar utgangspunkt i at pasientene er, eller tidligere har vært innlagt på psykiatrisk institusjon noe som er utgangspunktet for min problemstilling. Artiklene beskriver konkrete tiltak som i stor grad bygger på en felles forståelse av det jeg har som litteratur.

4.2 Presentasjon av hovedfunn

4.2.1 Relasjonsdannelse og medmenneske

Et gjennomgående funn av artiklene er betydning av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er tydelig at en god relasjonsdannelse skaper et forum for trygghet, åpenhet og dermed bedring (Hagen, Julia mfl., 2018 s.5). Dette innebærer blant annet å bygge en terapeutisk relasjon som gir rom for følelser, refleksjon og annerkjennelse av ens verdi som menneske. «Caring for suicidal people, especially if one actively engages with the person rather than observing from a distance makes huge demand on the well-being of the carer» (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 947). Dette krever blant annet at sykepleieren engasjerer seg ved å danne en tillitsfull relasjon som både innebærer en profesjonalitet men også en åpenhet og personlighet. Både tilliten og relasjonen personen kan danne til sykepleieren kan skape håp for pasienten til å gjengi sin tillit til omverdenen og samfunnet (Cutcliffe & Stevenson, 2008).

4.2.2 Sykepleierens holdninger i møte med det selvmordstruende menneske

«Møte med en «ta-deg-sammen»-holdning, og opplevelsen av ignorering og distansering fra helsepersonell og familiemedlemmer. Det å bli sett som en som kan være til skade for andre, som en byrde for andre, og som håpløs, forsterker selv-stigma.» (Vatne & Nåden, 2018, s. 4). Personer som er suicidale eller har forsøk å ta selvmord, kan kjenne på skam og stigma både fra seg selv og fra miljøet rundt. Det kommer frem i artiklene at dette både gjelder en skam over at man har sett på selvmord som eneste utvei, og en skam over at en ikke klarte å fullføre. Manglende mestring også i dette vil kunne forsterke stigmaet og skammen til en selv

(Vatne & Nåden, 2018). Sykepleier må derfor være bevisst sine holdninger som også vises i handlingene våre. Dette underbygger også teorien presenter i en annen artikkel «patients began healing when they were cared for by nurses whom they felt acted in a non-judgmental manner, and when they had strong support systems» (Sun mfl., 2006, s. 686). Sykepleierens dømmende og negative holdninger mot pasientens selvmordsforsøk eller selvmordstanker kan ha negativ effekt på behandlingen og hemme bedringsprosessen (Sun mfl., 2006).

4.2.3 Håpet i møte med håpløsheten

Ønsket om å dø eksiterer ofte parallelt med ønsket om å leve, det er i ambivalens håpet ligger som ofte ikke personen enda selv ser. Døden kan virke lettere enn å leve livet. Artiklene sammenfatter håpløsheten som et symptom og en konsekvens av selvmordstanker (Vatne & Nåden, 2018, s. 12). Målet i selve sykepleien blir å fremme håpet hos pasienten, uten håp vil ikke personen bry seg om å holde kontakt til omverden (Cutcliffe & Stevenson, 2008). Ved at pasienten kan finne mening i selvmordsforsøket ved å sette den i en kontekst som både en mestringsstrategi, en konsekvens og en løsning kan de lettere begynne å legge nye planer og se frem mot framtiden (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 949).

Only through engaging with the person, will the P/MH nurse come to understand the nature of the person's needs, and what might need to be offered to address them. The P/MH nurse's engagement with the suicidal person must therefore be deicered to understanding the nature of that hopelessness, and to developing the means to re-instill hope. (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 950)

4.2.4 Sykepleierens kunnskap i møte med det selvmordstruende menneske

Et gjennomgående tema er også helsepersonellens kunnskap rundt selvmord. Dette gjelder blant annet sykepleiernes kunnskap om kartlegging av selvmordsfaren, og hva risikofaktorene er (Hagen, Julia mfl., 2018). Dette krever kunnskap om symptomer og hvilke spørsmål man burde stille for å kartlegge selvmordsrisiko, dette innebærer også kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om risikovurdering og blant annet kunnskap om psykiske lidelser (Sun mfl., 2006).

5 Drøfting

I drøftingen velger jeg å bruke funnen i artiklene som utgangspunkt for videre drøfting. Gjennom drøftingen tar jeg utgangspunkt i de funnene jeg har gjort, samt knyttet dette opp mot presentert teori og egne refleksjoner.

5.1 Relasjonsdannelse og medmenneske

Flere av våre kilder til helse og livskvalitet stammer fra relasjoner og nettverket vi har rundt oss. Relasjonsdannelse og det å være et medmenneske i møte med pasienten blir derfor en sentral oppgave. En del av selvmordsprosessen er ofte tilbaketrekning fra kontakt og det sosiale liv. Personen kan isolere seg fra det sosiale nettverket rundt fordi man bruker energi og fokus på tanken på å ta sitt eget liv (Vråle, 2018, s. 120). Ut fra selvmordsprosessen kan man se relasjonenes betydning som en beskyttende faktor ovenfor pasienten. I perioden hvor pasienten opplever isolasjon og innsnevring fra kontakt kan det å finne relasjoner i pasientens liv som knytter personen til livet være viktig (Ekeberg & Hem, 2016). Å utfordre pasienten til mindre tilbaketrekning og prøve å gjenskape relasjoner og engasjement i det sosiale nettverket kan være en sentral sykepleieoppgave. Dette kan tyde på at det å involvere pårørende og nære relasjoner i pasientens liv, også under innleggelse påminner pasienten om viktige relasjoner og dermed en tilhørighet (Vråle, 2018).

Som tidligere nevnt er KO og IO en del av det forebyggende arbeidet som oftest skjer på en psykiatrisk institusjon. Det å utføre kontinuerlig observasjon hos en pasient innebærer nærmest fotfølges 24 timer i døgnet, dette kan være svært invaderende for pasienten. Den ene artikkelen hevder at rundt 10% av pasientene som var under observasjon løy om at de var under bedring for å slippe fullstendig overvåking (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 945). Dette kan tyde på at pasientene hadde like høy grad av selvmordstanker og var like fullt selvmordstruet, men ikke opplevde observasjonen som annet enn invaderende. En konsekvens av dette kan være at man som helsepersonell dermed bruker kontinuerlig observasjon mer som en forsikringsarena for om pasienten er i live, mer enn vi bruker dette som et verktøy for å skape relasjon og tillit (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 945). Når man skal bruke så mye tid med et menneske, hvor man tidvis bryter grenser på et privatliv anser jeg dette som en mulighet for å bruke denne tiden både terapeutisk og omsorgsrettet. Travelbee understreker betydningen av et menneske-til menneskeforholdet som et utgangspunkt for relasjon (Travelbee, 2001). Ut fra

dette tenker jeg at sykepleiere må fokusere mer på å *se* pasienten enn kun å observere. Å observere pasienten i dette tilfellet, kan eksempelvis innebære at sykepleieren har en oversikt over pasientens lokalisasjon og fysiske velbefinnende. Å *se* pasienten derimot, innebærer å bry seg om hva man ser under observasjonen. Altså hvordan pasienten har det i det korte øyeblikket sykepleieren er innom. Følgende kan bety at kontinuerlig observasjon kan gi en falsk trygghet. Sykepleier vil eksempelvis under en tilsynsrunde få et kort overblikk over pasienten. Dermed kan sykepleieren forhindre selvmordshandlingen innenfor dette *øyeblikket*. Altså kan det sies at under tilsynsrunden vil ikke sykepleieren forebygge selvmordshandlingene på annen måte enn å begrense tidsrommet de kan skje. Den falske tryggheten skapes ved at man utfører KO som mer en rutinemessig handling mer enn en reduksjon av pasientens selvmordstanker.

Cutcliffe & Stevenson (2008) trekker frem hvordan kontinuerlig observasjon kan brukes mer terapeutisk ved å vise empati og åpenhet til pasienten. Et av deres funn var «The participants who found the experience of being observed positive, were those who said their nurse engaged (our emphasis) with them, leading to a greater sense of security and support» (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 946). Sykepleiers engasjement og empati i møte med pasienten kan gjøre opplevelse av å være under KO som noe positivt og nyttig for videre bedring. Det handler om å benytte handlingsrommet til samtale, både om de vanskelige tankene og følelsene.

Ifølge Travelbee skal en sykepleier dele noe av seg selv for å forvente at en pasient skal ønske å åpne seg. For å forvente dette er tid, nysgjerrighet, åpenhet og et ønske om være en nyttig relasjon for pasienten viktig (Travelbee, 2001). Konsekvensene av en slik relasjon vil kunne være at pasienten tørr å dele sine tanker. Dette kan videre skape en relasjon mellom sykepleier og pasienten som bygger på tillit, og sykepleier kan fungere som en viktig støttespiller. Samtidig kan det være at en travel arbeidshverdag ikke legger til rette for relasjonsbygging, spesielt med tanke på tidsaspektet. Tid med pasienten må derfor prioriteres. Hagen, Julia mfl. (2018) trekker frem et eksempel hvor pasienten ikke turte å formidle til sin primærkontakt at hun hadde selvmordstanker. Pasienten fikk derfor ikke sove og ble sittende alene med tankene og følelsene. Pasienten opplevde altså ikke å kunne åpne seg for sykepleieren. Dette tyder på at pasient-sykepleier relasjonen ikke var en terapeutisk relasjon der pasienten kunne bruke sykepleieren som en støttespiller. Ved en terapeutisk relasjon kunne pasienten ha turt å åpne seg med vonde følelser og tanker som kanskje kunne ha forebygget en dårlig natt og vonde

følelser. Her kunne sykepleieren vist pasienten støtte, omsorg og trygghet ved å vise med ord og handling at dette ikke var noe pasienten måtte sitte alene med.

Ved at pasientene ofte er innlagt under tvang ved psykiatrisk institusjon kan dette skape en utfordring i relasjonen mellom sykepleier og pasient da relasjonen kan oppleves lite likeverdigg. Sykepleieren kan da være en av de som utfører tvangsvedtak for eksempel ved tvangsmedisinering eller tvungen observasjon, dette kan skape en distanse mellom sykepleier og pasient. Travelbee anser at for å fremme et menneske-til menneskeforhold mer enn sykepleier-pasient relasjon krever dette at man engasjerer pasienten i sin egen behandling (Travelbee, 2001). Blant annet ved enkle spørsmål som hva pasienten tenker kan hjelpe, hvilke forventninger pasienten har til sykepleieren og hva pasienten trenger i relasjonen kan bidra til å skape et større samarbeid mellom pasient og sykepleier. I en situasjon hvor pasienten må være under KO kan det å spørre pasienten hvordan man kan gjøre dette på en best mulig måte for han/henne bidra til at vedkommende opplever seg mer delaktig i egen behandling.

Relasjonen og tilliten man har til sykepleieren kan også påvirke kartleggingen og vurdering av selvmordsrisiko. Kartleggingsskjema fordrer også at pasienten svarer ærlig. Ærlighet bygger ofte på tillit, og fordrer tid og rom for åpenhet. Dette er derimot en relasjon man ofte ikke har etablert ved et kort møte eller ved en innkomst. Her kan det å ha en primærkontakt eller raskt danne en primærgruppe rundt pasienten som innebærer færre personer for pasienten å forholde seg til være gunstig (Vråle, 2018). Den ene artikkelen hevder det å ha en primær-sykepleier kan virke forebyggende da man raskere danner en tillitsfull relasjon og man lettere kan følge opp pasienten (Sun mfl., 2006, s.684). Den andre artikkel-forfatteren mener pasienten selv burde delta i beslutningen om hvem som skal følge pasienten nærmere opp, da dette også omhandler kjemi og personlighet (Hagen, Julia mfl.,2018, s. 5).

«Den profesjonelle sykepleieren har et mer krevende ansvar ved at hun må være i stand til å hjelpe syke mennesker med å finne mening i sykdom, lidelse og smerte» (Travelbee, 2001, s. 221). Travelbee utfordrer i måten hun ansvarliggjør sykepleieren i å finne mening i pasientens tilværelse. Hos selvmordstruende mennesker kan man se disse på stadiet med apatisk likegyldighet som Travelbee beskriver (Travelbee, 2001). Dette kan være et stadium hvor pasienten ikke har mulighet til å utføre full myndighet over seg selv da selvmordstanker kan overskygge

fornuft og ønsker. Dette fremtrer også i selvmordsprosessen hvor hverdagen mister sin betydning og tanker og energi sentreres mot det å ta sitt eget liv.

Travelbee påpeker at behandlingsteamet tydelig har et ansvar for hvordan pasient kan akseptere sin sykdom, innsikt og informasjon, men at sykepleieren helt klart har et stort medansvar. Dette begrunner hun ved at sykepleieren er den rollen som er mest stabil og til stede rundt pasienten ved en innleggelse (Travelbee, 2001). «Dessverre er det slik at en funksjon alle har ansvar for, er en funksjon som ingen føler seg ansvarlig for» (Travelbee, 2001, s. 123). Travelbee snur helsebegrepet ved å ikke legge vekt på helbredelig sykdom, men også at man skal kunne finne mening i langvarig og kronisk sykdom. Dette kan for eksempel gjelde og finne det meningsbærende i pasientens situasjon som kan oppleves håpløs. Hun mener at selv om en person kan være unyttig i et ressursmessig perspektiv fra samfunnets side, bør sykepleieren ha et menneskesyn hvor mennesket har en verdi i kraft av å være menneske. Travelbee sammenligner det å komme inn i et person liv som føles meningsløst å komme inn i et umøblert hus, man kommer inn med det man har med seg av erfaringer, verdier, tanker, og følelser (Travelbee, 2001, s. 230). Dette peker i retning av at alt må skje med en forutsetning av at man har et menneske-til-menneskeforhold, ellers vil ikke sykepleieintervensjonen ha effekt. Det å bruke tiden man har med pasienten på relasjonsbygging kan dermed skape en allianse mellom sykepleier og pasient.

5.2 Sykepleierens holdninger i møte med det selvmordstruende menneske

Våre holdninger påvirker og kommer til uttrykk i handlingene våre (Hummelvoll, 2012). Sykepleierens møte med mennesker som ikke ønsker å leve kan utfordre både eget forhold til lidelse, eksistensielle spørsmål samt vår yrkesetikk. Yrkesetiske faglige retningslinjer for sykepleiere sier at vi både skal forebygge sykdom, understøtte håp og livsmot hos pasienten (NSF, 2016). Dette gjør at vi kan utfordres i møte med pasienter som ikke ønsker å leve, som opplever håpløshet og som ikke har livsmot. Vråle understreker betydningen av at sykepleieren må være kjent med egne tanker og holdninger rundt temaet selvmord. Dette kan være utfordrende da selvmordstanker kan oppleves fjerne og kan dermed gjøre det vanskelig å relatere seg til pasienten. Samtidig som at selvmordsproblematikken kan vekke vanskelige følelser som håpløshet, motløshet, og depressive tankeinnhold hos en selv (Vråle, 2018, s. 115). Mange av disse følelsene som meningsløshet og håpløshet kan også møtes i alles hverdag, i ulik grad.

Det å vite at disse tankene og følelsene kan ligge nær allmenheten kan være nyttig å bruke i møte med pasienten. Dette innebærer ikke å avfeie alvoret i tankene og følelsene, men om å ha forståelse for at denne reaksjonen kan oppstå etter hendelser eller langvarige plager.

Travelbee utfordrer holdningen våre ved å si at alle mennesker er dømmende og har til en viss grad negative holdninger. Ved å være bevisst på disse kan vi underbygge gode holdninger og bevisstgjøre oss selv på hvilke holdninger vi møter vedkommende med. Det å understøtte at et menneske har verdi i kraft av å være et menneske, mer enn basert på handlinger og ressurser opplever jeg som en svært betydningsfull verdi Travelbee fremmer i møte med mennesker (Travelbee, 2001). Den ene artikkelen understreker betydningen av at sykepleieren har en ikke-dømmende holdning mot mennesker som er selvmordstruet da de allerede er i en svært sårbar posisjon (Sun mfl., 2006). Ved en dømmende holdning mot pasienten skaper dette barrierer for en hjelpende og terapeutisk relasjon (Cutcliffe & Stevenson, 2008, s. 948). En holdning innenfor helsevesenet og institusjonen om at det er «oss» og «de» kan hindre en relasjon som kan være bærekraftig for en bedringsprosess. Jeg tror at det å anerkjenne pasienten som et menneske med behov, feil og mangler og i en periode i livet hvor man som sykepleier kan gi støtte kan formidle verdifullhet til pasienten. Kanskje det å selv erkjenne at man er et menneske med behov, feil og mangler i lik grad som pasienten kan bidra til å utprøve holdninger om at det er «oss» og «de»?

Like mye som dette omhandler sykepleierens holdninger, omhandler dette også pasientens egne holdninger til seg selv. Fra artikkelen til Vatne var et av spørsmålene under intervjuet om pasienten selv så på sitt selvmordsforsøk som reelt eller «kun» et rop om hjelp (Vatne & Nåden, 2018, s. 10). Her var det interessante funn i hvor mye skam og negative følelser det var knytte til dette spørsmålet. De var skamfulle både over å ha prøvd å ta sitt eget liv men også over å mislykkes; i dette også (Vatne & Nåden, 2018, s. 10). Vråle understreker hvordan mange mennesker med en psykisk lidelse plages med skam og selvforakt, de strever med å tolke tilbakemeldinger og det å ha tro på egen mestringssevne (Vråle, 2018, s. 128). Kanskje dette vitner om at pasientens allerede negative holdninger til seg selv kan forsterkes av sykepleierens holdning. Kanskje like mye som å jobbe med våre egne holdninger må man undersøke pasientens holdninger til seg selv og pasientens selvmordstanker og eventuelt tidligere selvmordsforsøk. Dette gjelder også sykepleierens holdninger til personer med psykisk lidelse. Det høye tallet av selvmord blant personer med psykisk lidelse kan komme av at

normalreaksjoner som sorgreaksjoner og tilpasningsforstyrrelser inngår i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10. Det høye tallet kan også komme av at mange av de som tar sitt eget liv i etterkant ser ut til å ha symptomer på psykiske lidelser (Vråle, 2018). Våre holdninger til mennesker med psykiske lidelser vil også påvirke våre holdninger rettet mot eventuelt selvmordsforsøk en med psykisk lidelse foretar seg. Dette hvorvidt vi anser selvmordsforsøket som reelt, eller et rop om oppmerksomhet. Ved slike holdninger kan dette skygge over for hvor alvorlig man anser selvmordsforsøket og dermed videre det forebyggende arbeidet? Da kan det vell også være at selvmordet ble igangsatt i håp om at vedkommende skulle bli funnet før døden inntraff og da bli tatt «på alvor»? Det å vite at målet kunne være å få en pause fra lidelse mer enn opphør av liv kan gjøre noe med tilnærmingen til problematikken. Her stiller jeg meg selv spørsmålet i møte med personen som jeg presenterte i caset, om holdninger han har møtt av andre i sine relasjoner kunne ha forhindret selvmordet eller underbygget det. Hvilke holdninger satt vi i ambulansen med da vi rykket ut til en bekymringsmelding hos en med psykisk lidelse?

5.3 Håpet i møte med håpløsheten

Håpløshet er et uttalt symptom og en konsekvens av selvmordstanker. Det å finne og skape håp hos pasienten er derfor en nøkkeloppgave for sykepleiere i møte med selvmordstruende pasienter (Ekeberg & Hem, 2016). Travelbee peker på håpet som noe som kan fordre bedring og et håp om endring i fremtiden. Dette håpet kan bæres frem av relasjoner i familie, vennskap eller aktiviteter som er meningsbærende (Travelbee, 2001). En sentral sykepleieoppgave blir derfor å lytte til pasienten og finne ut hva som gir personen et glimt av håp. Når sist kjente vedkommende på håp? Å få tak i pasientens ønsker og håp kan være vanskelig når håpløsheten er så uttalt. Det å fremme pasientens framtidstanker omhandler i stor grad å finne håpet i ambivalensen hos pasienten. Her kan sykepleier ha en realistisk og ikke minst optimistisk holdning mot pasientens ønsker og håp (Hummelvoll, 2012, s. 43). God omsorg og behandling kan gjenspeiles i at pasienten kan begynne å forestille seg en fremtid og et videre liv. Ettersom flere av presenterte behandlingsmetoder er viktig som psykososiale tiltak og legemiddelbehandling (Snoek & Engedal, 2017) er dette elementer som ofte må på plass før pasienten igjen kan danne seg et håp om bedring og fremtid, da det å behandle grunnlidelsen og lindre symptom ofte kan være sentralt for selvmordstankene (Larsen & Pedersen, 2017).

«Sykepleieren kan ikke gi håp til andre, men hun kan gå inn for å legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp» (Travelbee, 2001, s. 124). Håp er en viktig del av vår psykiske helse, og ved håpløshet kan dette gi en fornemmelse av meningsløshet. Meningsløsheten kan få stor plass ved at mennesket resignerer og gir opp håpet (Vråle, 2018, s. 113). Man får en opplevelse av at nåværende tilstand ikke vil endre seg i fremtiden, og at slik man har det nå er slik det vil være for alltid. Jeg fikk erfare gjennom psykiatripraksis hvordan små situasjoner hvor pasienten opplevde mestring også ga et glimt av håp. Dette var basale gjøremål som å fullføre den planlagte gåturen, gjennomføre et halvt kryssord og ikke minst få annerkjennelse for disse tingene. Her kan det være rom for å ta stilling til om den håpløsheten pasienten kjenner på egentlig er håp skjult i et mørke av fortvilelse (Vråle, 2018).

Den ene artikkelen peker på hvordan det å anerkjenne pasientens håpløshet og nåværende tilstand var viktig for at pasienten skal oppleve seg forstått. Dette innebar også at sykepleieren kunne si at dette var en tilstand de ville komme ut av, og at dette var tilfeller man har sett flere tidligere kommet seg gjennom (Hagen mfl., 2018, s. 5). Her kommer man igjen tilbake til hvordan det å normalisere enkelte følelser og opplevelser kan gjøre at vedkommende opplever seg mer forstått og dermed lettere kan finne andre alternativer og mestringsmåter. Som sykepleier skal man våge å stille spørsmålet om hva som gjør at personen opplever håpløshet og hvor dette kan stamme fra. Med det mener jeg å prøve å bryte gjennom de tankene og forestillingene de har satt seg inn i og utfordre påstanden om håpløshet. Ut fra de forebyggende faktorene som er nevnt tidligere kan tro være en viktig faktor. Dette gjelder både tro i religiøs forstand men jeg tenker også en tro på seg selv. Dette ved at håpet kan vokse til troen på å evne å leve videre.

Fra den ene artikkelen kommer det frem at «The relationship between psychiatric nurses and their patient's perceptions of protection from self-harm and on their sense of **hope** for the future» (Sun mfl., 2006, s. 687). Både artiklene og Travelbee viser til at håpet er noe relasjonelt og holdningsbasert. Den andre artikkel-forfatteren konkluderer med at det relasjonelle i håpet er måten sykepleieren kan få pasienten til å føle seg verdifull, sett og verdsatt. De tar for seg at det å «re-installere» et håp hos pasienten innebærer å skape en ny tro på menneskene rundt, at man har en viktig plass i både samfunn og relasjoner og dermed av betydning (Cutcliffe & Stevenson, 2008). I selvmordsprosessen hvor en person kan fantasere om å bli savnet og elsket når man er borte ligger det en ambivalens at man ønsker en annerkjennelse av sin

betydning og eksistens. I ambivalensen ligger mye av håpet. Det er viktig å reflektere rundt selvmordstankene ved den selvmordstruende, dette ved å bevisstgjøre vedkommende på hva som gjør at man ønsker å leve, og hva som gjør at man ønsker å dø. Ved å ikke reflektere over dette i ensomhet kan andre innspill ta plass og medføre at vedkommende kan utsette selvmordet og forhåpentligvis aldri utføre det (Vråle, 2018).

Selvordstruende pasienter er ofte under stadige «apatisk likegyldighet» som Travelbee anser som et terminalt stadium i et menneskets liv. Dette fordi hun mener det er vanskelig å reversere pasienten i dette stadiet. Hun legger frem hvordan tiltak som å grave i pasientens historie via familie, relasjoner rundt er viktig for å finne de små tingene som binder personen til livet (Travelbee, 2001, s. 252). Dette er enkle ting som musikk, mat, et bilde, en uoppfylt drøm, et ønske, et uferdig prosjekt, en opplevelse eller en person som gjør at man ser en fremtid. Det kan synes som om håpet ligger i det små, det lille, det enkle og det konkrete.

5.4 Sykepleierens kunnskap i møte med det selvmordstruende menneske

Sykepleierens kunnskap kan utfordres i møte med lovverket og etiske betingelser innenfor selvmordsforebygging. Dette bygger på etiske prinsipper som: ikke-skade prinsippet, rettferdighetsprinsippet, autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet, hvor jeg har lagt vekt på autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet (Larsen & Pedersen, 2017). Det å jobbe kunnskapsbasert og være reflektert i forhold til etiske prinsipper er del av retningslinjene til sykepleiere (NSF, 2016).

«In order to carry out their role effectively, psychiatric nurses need to be aware of the casual conditions that lead people to attempt suicide» (Sun mfl., 2006, s. 685). Dette omhandler blant annet kunnskap om konsekvenser for pasienten ved at man for eksempel utøver kontinuerlig observasjon. Dette kan også bidra til en form for passivitet og ansvarsfraskrivelse fra pasientens side (Larsen & Pedersen, 2017, s. 249). Det kan også oppleves svært krenkende og skape en form for tap av autonomi som nevnt tidligere. Man ser blant annet en tydelig negativ effekt av kontinuerlig observasjon og tvangsinnleggelse hos blant annet personer med ustabil personlighetsforstyrrelse. Årsaken til dette er lidelsens uttrykk som kan medføre at personen blir passiv og kan manipulere omgivelsene på en ugunstig måte (Hummelvoll, 2012, s. 289). Her er den terapeutiske relasjonen viktigere å fremme. Derimot, hos personer med alvorlig

depresjon kan kontinuerlig observasjon ha større og mer nyttig effekt (Larsen & Pedersen, 2017). Kunnskap om hvordan psykiske lidelser kan spille inn på årsaken til selvmordstanker og atferd, anser jeg som nyttig. Vi må kjenne til og vite om alternativene til tvang, altså frivillige tiltak for å forsikre oss om at bruken av tvang – også kortvarig bruk av tvang- hjelper mer enn de skader (Larsen & Pedersen, 2017, s. 251). Pedersen sier her at det å *feile på livets side* og fatte et tvangsvedtak på kort tid er reversibelt, mens et selvmord ikke er det (Larsen & Pedersen, 2017, s. 252).

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har hatt som hensikt å øke kunnskapen og kompetanse blant helsepersonell. De nasjonale retningslinjene har blant annet bidratt til å understreke at det å snakke om selvmordstanker og stille pasienten konkrete spørsmål om selvmordsplaner er viktig for å forebygge selvmord og er ikke tanker man i frykt kan gi pasienten (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 249). Det at en slik samtalemotodikk skulle kunne skape ytterligere frykt hos pasienten har vært en myte blant befolkningen, og kanskje også hos helsepersonell?

Ekeberg forteller oss at det å vurdere om pasienten er under selvmordsfare ved å undersøke tanker, planer og grad av hjelpeløshet er like viktig som at vi utelukker hjerteinfarkt hos en pasient med brystmerter (Ekeberg & Hem, 2016). Han mener at på samme måte som det er vanskelig å vurdere hvem som vil utvikle et hjerteinfarkt etter indikatorer på risikofaktorer, er det også vanskelig å kartlegge om noen har høy risiko for selvmordsforsøk. Han legger det frem slik «De fleste som har brystmerter, har ikke hjerteinfarkt, men de fleste som har hjerteinfarkt har også brystmerter» (Ekeberg & Hem, 2016, s. 125). Jeg finner det svært interessant hvordan han trekker paralleller mellom selvmordsrisiko og risiko for annen somatisk sykdom. Dette kan gjøre kartleggingen på noen områder mindre komplisert ved at man i lik grad kartlegger risiko for hjerteinfarkt som spørsmål for eksempel: hjerte og karsykdom i familien, røykehistorikk, kolesterol nivå osv. kan se på risikofaktorene ved selvmord (Ekeberg & Hem, 2016). Med dette kan det også være at helsepersonell kan bli litt mindre varsomme i sin måte å forholde seg til selvmordsrisiko også. «Man unnlater heller ikke å undersøke en pasients hjerte av frykt for at pasienten har hjerteinfarkt» (Ekeberg & Hem, 2016, s. 127). Innenfor kartlegging av selvmordsrisiko stiller Pedersen spørsmålet om kartleggingen forbli helsevesenets falske trygghet mer enn å være en hensiktsmessig kartlegging. Blir man mindre ansvarlig for pasientens selvmord på institusjonen hvis vi kan vise til et skjema som ikke

utgjorde en score på selvmordsfare? En konsekvens av dette vil vell også bli at man vurderer flere som suicidale enn det i realiteten er, disse *falske positive*. Jeg anser det som viktig å stille seg spørsmålet hva man gjør for egen trygghet og hva som egentlig er til pasientens beste. Som sykepleier kan det å ønske om å gjøre godt, og utøve en paternalisme kan overskygge det faktum av hva som egentlig er best for personen vi står ovenfor.

I møte med mennesker som er selvmordstruet vil det å kunne meddele kunnskap til pasienten være viktig. Dette kan man gjøre ved å bruke seg selv på en terapeutisk måte. Travelbee understreker at det å bruke seg selv på en terapeutisk måte omhandler mer enn vennlighet men å bruke tilegnet kunnskap, refleksjon og metoder som en ressurs for pasienten (Travelbee, 2001, s. 45). Fra egne erfaringer gjennom min praksis innebar deler av dagen å få pasienten gjennom dagene med en dagsplan og fysiske gjøremål. En slik plan inneholdt for eksempel konkrete mål som å dusje, spise et måltid ute i fellesarealet og gjøre en aktivitet sammen med kontaktpersonen. Det å informere pasienten om at det å sysselsette kroppen gjennom dagen gav rom for mindre grubling og isolasjon var viktig (Snoek & Engedal, 2017).

Personen vi møter i caset innledningsvis synes å ha flere av presenterte risikofaktorer. Dette ved at han var mann, man ser tydelig at det er flertall av menn enn kvinner som utfører selvmord. Personen hadde en psykisk lidelse, med tydelige depressive perioder. Personen hadde også et tidligere selvmordsforsøk bak seg. Jeg stiller stadig meg selv spørsmålet om det er noe helsevesenet kunne gjort i dette tilfellet. Hva om personen hadde hatt en kontaktperson å ringe når tankene om selvmord ble det eneste alternative. Kunne noen ha fanget opp faresignalene og risikofaktorene og dermed grepet inn tidligere?

6 Konklusjon

Hvordan kan sykepleiere forebygge selvmord i møte med mennesker innlagt på psykiatrisk institusjon? Oppgaven belyser utfordringer og ulike aspekter i møte med det selvmordstruende menneske. Psykiatrisk institusjon som arena kan være en mulighet for sykepleier og danne en terapeutisk og omsorgsfull relasjon med pasienten som bidra til å sentrere pasienten fra selvmordstanker til å fremme håp om en fremtid. Forebygging bygger på sykepleierens holdninger, kunnskap og hvordan man møter medmenneske. Dette bygger på å fremme håp i form av relasjonsdannelse som bygger på tillit, ærlighet og et ønske om å gjøre godt. Holdningene våre bør baserer seg på at et menneske har like full verdi kun i kraft å være et menneske. Dette krever også at sykepleieren har et håp for pasienten som utspiller seg i møte med menneske gjennom et menneske- til menneske forhold.

Som sykepleier må man våge å gå i møte med mennesker som er selvmordstruet. Jeg undrer meg om selvmordet jeg møtte under hospitering kunne vært forebygget hvis noen våget å gå i møte med de vonde tankene og følelsene tidligere.

7 Perspektivering

Selv mord har, i nyere tid, kommet mer i søkelys. Blant annet har komiker Else. K Furuseth lagd en dokumentarserie om temaet (2018). Den dagsaktuelle serien Helsesistah (2019) tar også opp selv mord. Den nasjonale handlingsplanen for forebygging av selv mord (Helsedirektoratet, 2008) skal også fornyes og revideres (NSSF, 2018). Dette har mye å si for psykisk helsevern sin kompetanse innenfor området, og viser behovet for oppdatert kunnskap (Walby, 2018, s. 25).

Dette viser hvordan selv mord tydeligere er satt på agendaen i dagens samfunn, og jeg tror at det å sette selv mord på agendaen til alle innenfor helsevesenet er viktig. For å ruste oss i møte med selv mord må vi tørre å reflektere og stille de vanskelige spørsmålene. Vi må også her erkjenne at vi vil ikke lykkes med å redde, hver gang. Noen klarer vi ikke redde, eller vi kommer for sent som i mitt tilfelle under hospitering. Valget hvert enkelt menneske har om å slippe noen inn, eller lukke seg er et valg vi aldri kan ta fra menneske, selv under tvang. Vi må også som helsepersonell tørre å snakke om dette, når vi mislykkes.

Litteraturliste

- Birkeland, B., Dynna, R., Wilhelmsen, C. S., Brayar, B. J. & Øistensen, K. (2013). *Selv mord – kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko* [Fagprosedyre]. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/selv-mord-kartlegging-og-vurdering-av-selv-mordsrisiko>
- Cutcliffe, J. R. & Stevenson, C. (2008). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people—A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 942–953. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- FN-sambandet. (u.å.). Verdensdagen for selvmordsforebygging (WHO). Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/FN-dager/Kalender/Verdensdagen-for-selv-mordsforebygging-WHO>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 2. juni). Fakta om depresjon. Hentet fra <http://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/depresjon---faktaark/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 28. januar). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Hagen, J., Knizek, B. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatient experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1).
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2017). *Selv mord og selvmordforsøk under innleggelse* (IS-2675). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/selv-mord-og-selv-mordsforsok-under-innleggelse>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Larsen, K. & Pedersen, R. (2017). Selvmord, etikk og tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og-forebygging. (2016). Fakta om selvmord. Hentet fra [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvsmord_2016\(1\).pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvsmord_2016(1).pdf)
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 22. mars 2019, fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 22. mars 2019, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken sinn, kropp, samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sun, F.-K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.-I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 680–690.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Vatne, M. & Nåden, D. (2018). Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2018(1), 27–39.
- Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Walby, F. A. (2018). Hvorfor bør Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern revideres nå?, (3). <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/6767/5845>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

	SØKEHISTORIKK Fyll ut og sett inn flere rader etter behov
--	---

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier forebygge selvmord i møte med mennesker innlagt på psykiatrisk institusjon?*

Database/ Søkemo- tor/ nettsted	Søk- num- mer	Søkeord/ Emneord/ søkekombina- sjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
CHINAL	1	Suicide	17,149	
	2	Suicide attempt	1,949	
	3	Psychiatric nurs- ing	17,427	
	4	1 OR 2	17,571	
	5	4 AND 3	477	
	6			Deretter snevret jeg dette inn til årstall fra 2000 frem til 2018. Samtidig som at jeg etter erfaring på søk om selvmord opplever at det er lite søkeresultat som medførte at jeg valgte forskning i løpet av 2000 tallet.
	7	Etter innskrenkning av årstall 2000-2018	341	
		Valgte artikkel ut fra disse	Nr 303	= «Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review»
CHINAL	1	Suicide OR suicide attempt OR suicide ideation	25,940	
	2	Psychiatric Nursing	18,529	
	3	1 AND 2	13	
			Nr 4	Forståelse for smale funn, men fant her en artikkel som fikk frem sykepleierens perspektiv i stor grad, vurdere derfor denne som svært relevant.

				Artikkel «A theory for the nursing care of patients at risk of suicide»
SweMed +				Jeg ble tipset om en norsk forfatter som nylig hadde publisert en studie i forbindelse med erfaringer rundt selvmord. Jeg foretok meg derfor et søk i SweMed+, da dette er en database hvor jeg blant annet kan finne norske utgivelser.
	1	Suicide	1174	
	2	Suicide attempt	1174	
	3	Suicide Ideation	83	
	4	1 OR 2 OR 3	1174	
			781	Begrenset søke til «peer reviewed» fikk da treff på 781
		Jeg fant da artikkelen som nr 12, da denne er relativt nylig utgitt.	Nr 12	"Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever". En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk

2016 IHU

Vedlegg 2: Tabell

Litteraturmatrikse fra (Thidemann, 2015 s.90) som jeg har forenklet.

Forfattere, publiseringsår, land, tidsskrift, tittel	Hensikt	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
<p>1. John R. Cutcliffe & Chris Stevenson, (2008) USA «<i>International Journal of Nursing Studies</i>»</p> <p>«Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review»</p>	<p>Psykiatrisk sykepleiere sin erfaring rundt omsorg for innlagte suicidale pasienter og bruk av «kontinuerlig observasjon» som et forebyggende tiltak</p> <p>Hva som fremmer sykepleierens terapeutiske relasjon med pasienten.</p>	<p>Oversiktsartikkel</p>	<p>19 innlagte pasienter på psykiatrisk institusjon som har vært under kontinuerlig observasjon.</p> <p>6 erfarne psykiatriske sykepleiere</p>	<p>Viktigheten av psykiatrisk sykepleieres evne til forståelse og å lytte til pasientens opplevelser.</p> <p>Å bruke kontinuerlig observasjon av pasienter på en mer terapeutisk måte enn kun som et punkt på en sjekklister.</p> <p>Sykepleieren med handling og holdning viser pasienten at han er verdifull.</p>
<p>2. Fan-Ko Sun m.fl. (2006) Taiwan «<i>Journal of Advanced Nursing</i>»</p> <p>«A theory for the nursing care of patients at risk of suicide»</p>	<p>Utarbeide en sykepleieteori som kunne bli brukt av sykepleiere i møte med den selvmordstruende pasienten.</p> <p>Dette ved å se på faktorer som forebygger og styrker sykepleierens kunnskap.</p>	<p>Kvalitativ semistrukturerte intervju og observasjon ved bruk av deltakende-observasjon.</p>	<p>15 pasienter med selvmordstanker eller tidlige selvmordsforsøk</p> <p>15 psykiatriske sykepleiere ved en akuttpsykiatriske avdeling</p>	<p>Terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient som en kanal for trygghet og bedring</p> <p>Styrke sykepleierens kunnskap om kartlegging av selvmordsfare og risikofaktorer</p> <p>Mental og emosjonell støtte</p>

				Fremme videre håp for fremtiden og bedring
<p>3. May Vatne og Dagfinn nåden (2018) Norge</p> <p>«Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever»</p>	<p>Danne en dypere forståelse av pasienters erfaring rundt egne selvmordsforsøk og deres kontakt med helsepersonell og hjelpeapparatet i perioden.</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju.</p> <p>Hermeneutisk fortolkning av intervjueteksten</p>	<p>-10 Pasienter hvor 9 stykk hadde gjort et selvmordsforsøk og hvor de alle i ulik grad hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet i den forbindelse på psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Fortolket som tre temaer etter intervjuet:</p> <p>Ønske om å avslutte lidelsen</p> <p>Tanken på å dø som skremmende og forlokkende</p> <p>Pasientens egen tolkning av selvmordsforsøket som reelt eller «bare» et rop om hjelp</p>
<p>4. Julia Hagen, Birthe Loa Knizek & Heidi Hjemland (2018) Norway</p> <p>«Former suicidal inpatients experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway»</p>	<p>Å evaluere effekten av forebyggende selvmords arbeid på psykiatrisk institusjon etter at «Nasjonale retningslinjer for forebyggende av selvmord i psykisk helsevern» (2008) ble iverksatt for 10 år siden.</p>	<p>Kvalitativ studie og semistrukturert intervju</p>	<p>Utvalget var 5 tidligere innlagte pasienter for selvmordsforsøk som nå har vært utskrevet i alt fra 2 uker til 9 måneder. Disse skal ha vært innlagt i den perioden hvor de nasjonale retningslinjene var i bruk.</p>	<p>Positive erfaringer fra pasientene hva gjelder den nasjonale handlingsplanen</p> <p>Funn av tre hovedtema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Viktigheten av trygghet i relasjonen for å kunne åpne seg om selvmordstanker og selvmordsforsøk 2) Viktigheten av individualisert behandling og omsorg for å føle seg

				<p>anerkjent og verdifull som menneske</p> <p>3) Oppnå støtte for å ha mot til å tre inn i en recovery pro- sess.</p>
--	--	--	--	---